

UIT DE PRAKTIJK

Jan en Liesje de Vries

Mijnheer De Vries is zelfstandig loodgieter. Zijn vrouw heeft tot voor enige jaren gewerkt als typiste. Het echtpaar heeft twee kinderen, Jan en Liesje. Jan is vijf jaar en zijn zusje is onlangs twee jaar geworden. Mevrouw De Vries heeft last van hooikoorts, maar verder is zij gezond. Haar man heeft bij tijd en wijle klachten van hoofdpijn, waarvoor nooit een verklaring is gevonden. Jaren geleden is hij door een zenuwarts behandeld voor een depressie. Jan is dikwijls verkouden. Soms heeft hij daarbij koorts. Hij moet soms weken achtereen hoesten en hij bezorgt daardoor zijn ouders nogal eens slapeloze nachten. Enige maanden geleden kwam mevrouw De Vries met Jan op uw spreekuur. Zij was „ten einde raad”. Het door u voorgeschreven hoestdrankje hielp niet, zei zij, en zij vroeg zich af „of er niet iets anders aan gedaan kon worden”. Haar man „vond het genoeg, zo kon het niet langer”.

Eerste vraag

Wat is uw beoordeling, van deze, iedere huisarts welbekende, situatie?

Welk „syndroom” herkent u in de frequente verkoudheden en „griepjes” van Jan? Welk advies zou u de moeder geven?

Mevrouw De Vries kreeg het advies om toch maar rustig af te wachten. „Haar zontje zal er nog wel een tijd last van hebben, maar naar alle verwachting zal hij er overheen groeien”. Jan kreeg een recept voor promethazinesiroop (Phenergan) en het leek erop dat zijn moeder was gerustgesteld.

Na enkele maanden komt zij weer op uw spreekuur. Jan is erg verkouden en heeft oorpijn. Met een beetje sla-olie en twee

kinderaspirientjes is het wat beter gegaan; hij klaagt over steken in het rechter oor. Bij uw onderzoek vindt u aan het linker oor geen afwijkingen, maar het rechter trommelvlies is dof en rood geïnjecteerd. In de hals zijn klieren voelbaar. Er is geen koorts en het kind ziet er niet ziek uit.

Tweede vraag

Wat is uw diagnose?

Wat is uw mening over de aard, het verloop en de gevolgen van deze aandoening?

U poogt mevrouw De Vries gerust te stellen. Jan heeft een oorontsteking en dit is een gevolg van zijn verkoudheid. Het kost u enige moeite haar te overtuigen van de betrekkelijke onschuld van de aandoening en van de wenselijkheid ook nu weer rustig af te wachten. U schrijft een recept voor oordruppeltjes (Otagan). Voor de pijn mag zij Jan zondig een of twee kinder-aspirientjes geven. U spreekt af, dat u de oren over twee weken zult controleren.

Derde vraag

Welke behandeling stelt u in bij een acute middenoorontsteking?

Controleert u de afloop na een of twee weken?

Waarop let u bij deze controle?

Een maand later heeft u zondagsdienst. Rond elf uur 's avonds wordt u opgebeld door een verontruste Mevrouw De Vries. Zij vraagt of u ogenblikkelijk wilt komen. „Liesje is vreselijk benauwd”. U wilt haar nog wat vragen maar zij heeft de haak op de telefoon gelegd.

U bezoekt het gezin en treft het in paniek aan. Liesje is inderdaad benauwd, althans zij haalt gierend adem. Zij ziet er niet ziek of cyanotisch uit. Terwijl u het kind onderzoekt, wordt het al minder. Bij auscultatie vindt u verspreide expiratoire ronchi, maar verder kunt u, óók wat betreft keel, neus en oren, geen afwijkingen vinden. U ver-

wachte deze ook niet, want bij binnenkomst was u de aard van de benauwdheid meteen duidelijk.

Vierde vraag

Wat is uw diagnose? Welke verschijnselen zijn hiervoor kenmerkend?

Wat adviseert u de ouders in een dergelijke situatie?

Overweegt u in dergelijke gevallen de mogelijkheid van een andere aandoening, welke evenwel als veel ernstiger is te beschouwen?

Intussen blijft het gezin De Vries bij perioden sukkelen. Op een avond wordt u ontboden voor Jan. Hij is niet alleen weer enige dagen flink verkouden, maar heeft nu ook hoge koorts (39.8° C). Hij is enigszins benauwd met een expiratoor piepende ademhaling, maar is niet cyanotisch. Bij auscultatie van de longen hoort u diffuse expiratoire ronchi over beide longen.

Vijfde vraag

Welke aandoening is er thans in het spel? Welke therapie past u toe?

Jan komt, met zijn moeder, tien dagen later op uw spreekuur ter controle. Hij is zienderogen opgeknapt. Zijn moeder vraagt of Jan astma zal krijgen. Zij heeft een zuster die astmapatiënte is. Zij herinnert eraan dat Jan als baby „eczeem” heeft gehad. Op uw kaart vindt u vermeld dat Jan, toen hij enige maanden oud was, een eczeem heeft gehad. Zijn gezicht vertoonde toen ruwe rode vlekken en het kind krabde eraan. Het is destijds met succes behandeld met een corticosteroidhoudende zalf.

Zesde vraag

Is het waarschijnlijk dat Jan astma heeft of dat hij dat krijgt?

Op welke leeftijd openbaart zich in de regel asthma bronchiale?

Is er een relatie tussen eczeem en asthma bronchiale? Wat antwoordt u de moeder op haar vraag of Jan astma zal krijgen?

Deze episode uit de ziektegeschiedenis van het gezin De Vries zal iedere huisarts

(1977) huisarts en wetenschap 20, 509

Brande, J. L. van den en anderen. Acute ernstige ziekten bij kinderen. Stafleu, Leiden 1974.

Editorial. (1975) British Medical Journal II, 664.

Naeye, R. L. New England of Journ. of

Medicine 1973, 289, 1167.

Steele, R. S. Sudden Infant Death Syndrome. Epidemiology in summary. In: R. R. Robinson (editor) Sudden Infant Death Syndrome. Canadian Foundation for the Study of Infant Death, 1974.

kunnen aanvullen met analoge ervaringen uit zijn praktijk. Bij de begeleiding van het „catarrale kind” is een aantal vuistregels in acht te nemen, dat zich in een aantal vragen laat samenvatten.

Zevende vraag

Wat bespreekt u met de moeder?

Welke beleidslijn volgt u in farmacotherapeutisch opzicht?

Welke betekenis heeft een medicamenteuze therapie in het bijzonder een therapie met antibiotica?

Adviseert u tot adeno- of tonsillectomie?

Welke algemene adviezen zijn van belang?

Antwoorden

Antwoord op de eerste vraag

Men zou kunnen spreken van een „crisis”. Het voortdurende hoesten van hun zoontje heeft de ouders slapeloze nachten bezorgd en geïrriteerd. Misschien hebben zij enig twijfel over de aanpak van hun huisarts? Wellicht bedoelen zij dat Jan eens goed moet worden nagekeken en denken zij daarbij aan een specialistisch onderzoek?

De beschreven klachten en verschijnselen worden wel samengevat onder de term „catarraal syndroom”. Men spreekt ook wel van een „exsudatieve diathese”. Door een (tijdelijke) onvoldoende immuniteit tegen allerlei min of meer gewone ziekteverwekkers, waaronder endemisch voorkomende virussen, treden recidiverende luchtweginfecties op. De voorkeursleeftijd ligt tussen vier en acht jaar, waarschijnlijk mede als gevolg van herhaalde besmetting door contacten op school.

Adenoid en hypertrofie van de tonsillen alsmede lymfeklierzwellingen in de hals zijn daarbij voorkomende tekenen van een verhoogde lymfatische activiteit.

Het is belangrijk dat de huisarts dit probleem onderkent. De ouders, en met name de moeder, hebben misschien angstige vragen over de gezondheid van hun kind. Juist op dit moment dient men als huisarts de tijd te nemen om niet alleen het kind nog eens grondig te onderzoeken, maar vooral om met de ouders te praten. Zij hebben hun verwachtingen en het is belangrijk dat zij deze aan hun huisarts kenbaar kunnen maken. De aard en het te verwachten verloop van de klachten en symptomen, de

mogelijkheden van een medicamenteuze therapie en de voordelen en nadelen van een verwijzing dienen ter sprake te komen.

Antwoord op de tweede vraag

Jan heeft een acute middenoorontsteking. Evenals andere, vroeger nogal eens met ernstige ziekte of complicaties gepaard gaande infecties, verloopt ook de acute middenoorontsteking thans in de regel zonder noemenswaardige complicaties. Het is niet duidelijk hoe dit is te verklaren. Mogelijk is het aantal gezinsinfecties ten opzichte van vroeger afgenomen, terwijl misschien de virulentie van de oorzakelijke ziekteverwekkers is vermindert.

De toepassing van antibiotica kan hiervoor niet zonder meer aansprakelijk worden gesteld. De tendens tot een vaker voorkomend, ongecompliceerd verloop heeft zich reeds vóór de introductie van de antibiotica gemanifesteerd.

Hoe dan ook, acute middenoorontsteking is heden ten dage een minder ernstige aandoening dan vroeger. Complicaties zoals mastoïditis, hersenabces, meningitis of een chronische middenoorontsteking zijn relatief zeldzaam geworden. Blijvend gehoorsverlies als gevolg van een acute middenoorontsteking is tamelijk ongewoon. Anderzijds is er geen afname van het totale aantal gevallen van acute middenoorontsteking bij jonge kinderen. Acute middenoorontsteking is in de meeste gevallen een „self limiting disease”.

Antwoord op de derde vraag

Bij de behandeling van acute middenoorontsteking kan in de regel worden volstaan met pijnstillende oordruppels. Hiertoe is otipyrine F.N.A. (Otagan) geschikt. Vele huisartsen schrijven tevens neusdruppels voor (xylometazoline, Otrivin). De veronderstelling hierbij is, dat door de decongestieve werking op het slijmvlies van de bovenste luchtwegen de doorgankelijkheid van de buis van Eustachius wordt bevorderd. De hierdoor verbeterde ontluchting van het middenoor zou het genezingsproces gunstig beïnvloeden. Of deze verklaring voldoende is gefundeerd wordt betwijfeld, maar hier geldt waarschijnlijk wel dat het in elk geval niet schaadt.

Paracentese kan met name de pijn verlichten. De kans op recidief wordt er echter niet door verkleind. Het is een betrekkelijk eenvoudige ingreep die vele huisartsen zelf verrichten. Bij een bomberend trommelvlies en heftige pijn is het een dankbare behandeling, waardoor de patiënt ogenblikkelijk van zijn pijn is verlost.

De in Nederland gevolgde opvatting dat antibiotica niet zijn geïndiceerd en hoogstens mogen worden toegepast in geval van een spontane perforatie of na paracentese, wijkt af van de opvattingen van Engelse en Amerikaanse artsen. In de Angelsaksische landen gaat men uit van een ruimere indicatie voor een behandeling met breedspectrum antibiotica (amoxicilline, Clamoxyl).

De meeste huisartsen controleren, onzes inziens terecht, het verloop na een of twee weken en eventueel nogmaals na vier tot zes weken. In de regel blijkt het aangedane oor nagenoeg hersteld te zijn. Soms blijkt inmiddels ook het andere oor te zijn ontstoken.

Bij deze controle gaat het vooral om het genezingsproces te vervolgen en eventuele (tegenwoordig zeldzame) complicaties op te sporen. In toenemende mate wordt door huisartsen het gehoor, behalve met de stemvork, ook audiometrisch getest, hetgeen vele voordelen biedt boven de in de regel onbetrouwbare techniek van de „fluïsterstem”.

Antwoord op de vierde vraag

Er is hier sprake van „pseudocroup” of laryngitis subglottica. Deze aandoening treedt vrijwel uitsluitend op bij jonge kinderen, meestal jonger dan vijf jaar. Door slijmvlieszwelling ontstaat een relatieve vernauwing van de larynx met als gevolg een inspiratoire stridor. Het beeld is nogal alarmerend en in de regel treedt de benauwdheid, meestal later op de avond nadat het kind enige uren heeft geslapen, plotseling op.

Kenmerkend voor laryngitis subglottica is heesheid en een afonische hoest. Men kan de ouders adviseren in voorkomende gevallen vochtige, warme lucht toe te voeren (stoom uit de douche bijvoorbeeld). In de regel blijkt een „op de schoot nemen” door de moeder en geruststelling voldoende. Medicamenteuze therapie is vrijwel nooit nodig. De aanvullende duren meestal kort en herhaling doet zich op de zelfde avond veelal niet voor.

Pseudocroup dient te worden onderscheiden van een ernstige aandoening: epiglottitis acuta. Hierbij is onmiddellijke ziekenhuisopname noodzakelijk daar spoedtracheotomie levensreddend kan zijn. Karakteristiek voor de epiglottitis acuta is de heldere stem (in tegenstelling tot de heesheid bij pseudocroup) en het „praten met een volle mond” als gevolg van een gezwollen epiglottis. Slikken is door de hevige pijn vrijwel onmogelijk en het kind houdt de mond open terwijl het kwijlt. Het beeld van de epiglottitis acuta is de meeste huisartsen onbekend, daar deze

aandoening vergeleken met pseudocroup uiters zelden voorkomt.

Antwoord op de vijfde vraag

Waarschijnlijk heeft Jan astmatische bronchitis. Bij auscultatie hoort men een expirator piepende ademhaling met diffuse droge ronchi over beide longen. Meestal is er koorts. Het beeld lijkt enigszins op astma, waarbij ook een expiratorische adembelemmering op de voorgrond staat. Sommige kinderen zijn ertoe gedisponeerd als gevolg van een bronchiale hyperreactiviteit. Door meestal virale infectie treedt een vernauwing van de bronchiën op, met als gevolg een expirator piepende ademhaling. Slechts bij een minderheid van de desbetreffende kinderen doet zich een dergelijke bronchitis herhaaldelijk voor of openbaart zich later asthma bronchiale.

De therapie kan symptomatisch zijn voor zover deze bronchitis is te verklaren door hyperreactiviteit bij een viraal infect. Dikwijls treedt er echter bacteriële superinfectie op. In de praktijk van de huisarts is een behandeling met een breedspectrum penicilline dan ook aangewezen. De meeste bacteriële (super)infecties van de luchtwegen worden veroorzaakt door pneumokokken en Haemophilus influenzae. Voor het relatief goed geresorbeerde amoxicilline (Clamoxyl) zijn deze bacteriën over het algemeen zeer gevoelig.

Antwoord op de zesde vraag

Het is niet te voorspellen of Jan astma zal krijgen. Er is een aantal aanwijzingen voor een allergische diathese, zowel familiair als bij het patiëntje zelf. Zijn moeder lijdt aan hooikoorts en een tante zou asthma bronchiale hebben. Jan heeft in zijn eerste levensjaar „eczeem” gehad. Het is niet duidelijk of dit een constitutioneel eczeem (dauwworm) of een seborroe is geweest. De vele klachten over verkoudheden en de bronchitis wijzen erop dat Jan een hyperreactief bronchiaal slijmvlies heeft. Dit houdt nog niet in dat Jan ook daadwerkelijk astma zal krijgen. Slechts bij een minderheid van de kinderen met deze klachten manifesteert zich later asthma bronchiale.

Astma bronchiale openbaart zich in de regel op jongere leeftijd. De prognose is ongunstiger naarmate de eerste aanval zich op latere leeftijd voordoet, bijvoorbeeld tijdens de adolescentie. Het juveniele astma vertoont een neiging tot spontane verbetering en meestal duurt de periode van hinderlijke aanvallen vijf tot tien jaar.

Deze natuurlijke verbetering geldt voor beide geslachten. Bij follow-up studies blijkt na ongeveer vijftien jaar slechts in vijf

procent van de gevallen een min of meer ernstige astma bronchiale te persisteren. De relatie tussen een allergische diathese en het optreden van asthma bronchiale is onduidelijk. Bij de meeste kinderen met een allergische diathese zoals deze zich manifesteert door eczeem, hooikoorts en bevattelijkheid voor luchtweginfecties, ontwikkelt zich later geen astma. De moeder van Jan kan worden gerustgesteld. Uiteraard dient de mogelijkheid van langer aanhoudende klachten met haar te worden besproken. Daarbij dient duidelijk te worden gesteld dat de meeste kinderen spontaan genezen, alhoewel zich bij sommigen later astma zou kunnen openbaren. Ook in dat geval is de prognose echter in de meeste gevallen gunstig, terwijl asthma bronchiale tegenwoordig doeltreffender dan vroeger kan worden behandeld.

Antwoord op de zevende vraag

In het gesprek met de moeder dient te worden ingegaan op de ontstaanswijze en het verwachte verloop van de klachten. Enerzijds dient aandacht te worden besteed aan mogelijke predisponerende constitutionele en omgevingsfactoren (huisdieren, woninginrichting, hygiëne), anderzijds dient niet onnodig onrust te worden gewekt door onvoldoende gefundeerde adviezen.

Het „catarrale syndroom” is een frequente aandoening. Meestal worden de ouders er mee geconfronteerd als het kind voor het eerst naar school gaat. Het behoort in zekere zin tot de „kinderziekten” te worden gerekend. Er is een duidelijke tendens tot spontane genezing binnen enkele jaren. Deze is toe te schrijven aan een groeiende immuniteit tegen infecties, met name ook virusinfecties.

De tegenwoordig minder frequent voorkomende complicaties zijn in de regel met antibiotica te voorkomen, maar het vele hoesten en het recidiverend optreden van infecties van de bovenste luchtwegen is een onvermijdelijk te accepteren ongemak.

Hoestdrankjes en neusdruppels hebben waarschijnlijk weinig effect, zodat hiervoor nauwelijks richtlijnen zijn te geven. Het is wel zeker dat te gemakkelijk en te snel antibiotica worden toegepast. De meeste kinderen met keelpijn, tonsillitis, oorontsteking en andere aandoeningen van de bovenste luchtwegen zullen zonder toepassing van antibiotica even snel en even goed herstellen.

Zoals bij het antwoord op vraag 3 reeds werd opgemerkt, is bij een beginnende acute middenoorontsteking toepassing van een antibioticum te overwegen. Het

ontbreekt nog aan criteria waarop de huisarts deze therapie kan baseren. In die gevallen waarbij aanwezigheid van pus in het middenoor moet worden aangenomen, is paracentese toe te passen.

Adenotomie wordt slechts aangewezen geacht bij die kinderen met een vergroot adenoid bij wie herhaalde middenoorontstekingen of een persisterend „glue ear” optreden. Zelfs in geval van deze stringente indicaties wordt het nuttig effect van de ingreep door sommige onderzoekers betwijfeld.

Tonsillectomie is van generlei waarde wat betreft het optreden van oorontstekingen. Hypertrofische tonsillen zijn vrijwel nooit een indicatie tot operatie. Er is hier sprake van een zichzelf beperkende aandoening, waarvoor op onbewezen gronden al te vaak tonsillectomie wordt verricht.

Behalve de reeds genoemde aspecten van het leefmilieu wordt nogal eens vergeten dat tabaksrook een prikkelend effect heeft op de bronchiën. Er is een associatie tussen het optreden van recidiverende luchtweginfecties bij kinderen en de mate waarin de ouders roken. Het is dus van belang de ouders op dit nadelig effect van hun gewoonte te wijzen.

Beschouwing

Elk jaar komt een derde tot de helft van alle kleine kinderen bij de huisarts wegens een of andere aandoening van de luchtwegen. Verkoudheid is de meest gewone aandoening en meestal zijn er geen complicaties. Verkoudheid breidt zich soms in horizontale richting uit en geeft dan aanleiding tot het ontstaan van een middenoorontsteking. Soms daalt een verkoudheid af in verticale richting met als gevolg bronchitis of longontsteking. Bij het beschreven patiëntje deden zich allerlei infecties van de luchtwegen voor. Men kan dan spreken van een catarraal kind of van een catarraal syndroom.

De ervaring leert dat kinderen met een dergelijk syndroom aanvankelijk frequent dokteren, maar dat met het stijgen van de leeftijd recidieven steeds minder optreden. Rond de leeftijd van acht tot tien jaar worden de meeste kinderen, zoals reeds werd opgemerkt, spontaan klachtenvrij.

Uit onderzoek is gebleken dat adenotomie en tonsillectomie dit gunstige natuurlijke verloop nauwelijks of niet beïnvloeden. Men kan dan ook vraagtekens plaatsen bij het nog steeds veelvuldig toepassen van deze ingrepen. In Nederland overlijden nog altijd tien kinderen per jaar aan de gevolgen van tonsillectomie. Niet-letale doch soms niettemin ernstige resttoestanden na complicaties bij deze ingreep vormen een aanmaning tot voorzichtigheid bij de indicatiestelling.

Het catarrale syndroom is te beschouwen als een kinderziekte. Een kinderziekte kan men als pathologie opvatten, maar evenzeer als een fysiologisch verschijnsel, waar het gaat om de opbouw van de individuele immuniteit.

In deze gevalsbeschrijving komt een aantal in de huisartspraktijk min of meer frequent voorkomende aandoeningen aan de orde. Voor verschillende van die aandoeningen worden bepaalde medicamenteuze of meer agressieve (chirurgische) behandelingen toegepast, terwijl het effect ervan onvoldoende is bewezen.

Voor de huisarts is het van groot belang dat hij inzicht heeft in de ontstaanswijze en het natuurlijke verloop van deze aandoeningen. Slechts op basis hiervan zal hij de ouders kunnen adviseren zowel wat betreft de wenselijkheid van een geduldig afwachtende houding als – in sommige gevallen – ten aanzien van de noodzaak tot specialistische onderzoeken of behandelingen.

Over luchtweginfecties in de huisartspraktijk is inmiddels veel gepubliceerd. Terzake van de epidemiologie van met name deze aandoeningen kan worden verwezen naar de belangrijkste gerefereerde literatuur.

Fry, J. Common diseases, their nature; incidence and care. Medical and Technical Publishing Co. Ltd., Lancaster, 1974.

Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis; a guide to general practice, Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1973.

Roelink, H. Acute middenoorontsteking in de algemene praktijk. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1965.

Uit de universitaire huisartseninstituten

AFDELING HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT GRONINGEN

Evaluatie begeleiding van de huisartsopleiders

Sinds september 1976 zijn wij vanuit het instituut daadwerkelijk bezig met de begeleiding van onze huisartsopleiders. Er hebben inmiddels 5 groepen van elk tien personen gebruik gemaakt van het zogenaamde heengaplan voor opleiders. Als ik terugkijk naar de werkzaamheden tot nu toe, zijn mij de volgende punten opgevallen:

1. Het duidelijk gemotiveerd zijn van de opleiders om de leersituatie met de arts-assistent zo goed mogelijk te laten verlopen. De vraag: „Doe ik het wel goed als opleider?” kwam veel naar voren. Daarnaast was de behoefte de ervaringen van andere collega-opleiders te horen duidelijk aanwezig. Verder speelde voor velen het gevoel een rol van het aanbod vanuit het instituut inderdaad gebruik te maken, vooral omdat een aantal opleiders zelf had aangedrongen op meer begeleiding vanuit het instituut.

2. Een zekere mate van nieuwsgierigheid naar de mogelijkheden die het instituut te bieden zou hebben. Vele opleiders geven aan beïnvloed te zijn door de verhalen van hun arts-assistent over de introductieweek en terugkeerdagen. De zowel negatieve als positieve geluiden hierover vormden voor een aantal opleiders aanleiding een en ander zelf ook mee te willen maken. Hierbij speelde bij velen de gedachte van: „Ik wil wel eens zien wat 'die jongens in Groningen' voor ons in petto hebben”.

3. Een voorzichtig en gespannen afwachten van wat er allemaal gebeuren gaat. Ondanks een tamelijk uitgebreid schrijven over het hoe en waarom van dit heengaplan hadden de meesten geen idee op welke manier er zou worden gewerkt. Daarnaast had een aantal mensen de verwachting dat de stafleden van het instituut een aantal colleges en duidelijke richtlijnen zou geven over de beste manier waarop een huisartsopleider een arts-assistent zou kunnen begeleiden. Hierover zou dan in de groep kunnen worden gediscussieerd.

Het zelfstandig werken met de andere groepsleden aan door henzelf ingebrachte problemen en het samen vinden van een oplossing/richtlijn was voor velen nauwelijks voorstelbaar, voor sommigen onwensig en moeizaam en voor een enkeling onverteerbaar. Op een aantal na – zij die wel eens eerder in een soortgelijke groep hadden gezeten – was voor de meesten deze manier van omgaan met problemen van elkaar en van zichzelf nieuw en onge-

bruikelijk. Voor iedereen was het daarom een spannende, intensieve beleving, die enorm veel energie kostte, maar daarnaast ook door vrijwel iedereen de moeite waard werd gevonden.

Tamelijk verrassend en voor velen meestal zeer opluchtend en stimulerend was de ontdekking dat samen met de overige groepsleden algemene richtlijnen konden worden gevonden voor de begeleiding van arts-assistenten, maar ook de ontdekking dat praktisch iedereen met soortgelijke problemen kampte waarvan ieder voor zich altijd dacht dat hij/zij er alleen mee zat.

Daarnaast de ontdekking dat ieder ook een aantal specifieke problemen had in het contact met zijn arts-assistent. Hierdoor was er ook duidelijk een verandering in probleemstelling bemerkbaar, van vragen als: „Hoe moet ik het precies aanpakken met een arts-assistent?”, „Zijn er algemene regels te formuleren?” naar vragen als: „Ik pak de nabespreking met mijn arts-assistent zus en zo aan, is dat wel goed?”, „Wat ik moeilijk vind met mijn arts-assistent is dat hij altijd te laat komt, dat hij zo slordig is of dat hij zo weinig somatische kennis heeft enzovoort”, „Mijn arts-assistent vindt dat ik zo indirect reageer of dat ik zo weinig kritiek heb op hem, wat vinden jullie daarvan?”, „Ik vind dat mijn arts-assistent zo onzelfstandig is, zo onzeker of zo lui. Hoe moet ik hem dat zeggen? Ik vind dat erg moeilijk”.

Door uitvoerig in te gaan op het hoe en wat van een probleem van iemand en door deze opleider duidelijk te maken hoe zijn gedrag bij de overige groepsleden uitwerkte, kon veelal een oplossing, richtlijn of advies worden gevonden, waarmee deze opleider zijn voordeel kon doen in relatie tot zijn arts-assistent.

Met een aantal voorbeelden wordt geprobeerd duidelijk te maken om welk soort problemen het meestal gaat.

Voorbeeld: Een opleider formuleert als probleem dat zijn arts-assistent tijdens de nabespreking nauwelijks meer iets aan hem vraagt en steeds minder praat over dingen die hij moeilijk vindt in de praktijk. Zijn arts-assistent vertelt welke patiënten hij heeft gezien, welke therapie hij heeft voorgeschreven en verder niets.

De overige groepsleden gaan hierop in; vragen naar wat het probleem voor deze opleider is, wat hij er moeilijk aan vindt, hoe hij er zich bij voelt. Na verloop van tijd wordt duidelijk dat deze opleider het rot en vervelend vindt. Hij voelt zich buitengeslo-

ten en ook kwaad. Hij durft dit niet aan zijn arts-assistent te zeggen, omdat hij bang is uitgelachen te worden of dat zal blijken dat het niet waar is wat hij vindt. Hij probeert verder zijn rotgevoel hierover te verklaren en zodanig te relativieren dat dit gevoel soms bijna weg is. Toch zit hem deze situatie niet lekker.

Een aantal groepsleden geeft deze opleider vervolgens te kennen dat hij eigenlijk in de groep ook nooit direct laat zien wat er in hem omgaat en dat hij steeds – met een mooie omhaal van woorden – onduidelijk uitsprekt wat hij vindt of voelt. Deze groepsleden maken hem duidelijk dat zij ook de neiging hadden weinig tegen hem te zeggen of met hem in discussie te gaan, omdat zij niet weten waaraan zij met hem toe zijn.

Wat levert deze situatie nu voor deze opleider ter lezing op?

dat hij de neiging heeft rotgevoelens niet te uiten;

dat hij probeert vervelende gevoelens voor zichzelf te relativieren en weg te praten;

dat hij – door in algemeenheden te praten – zonder dat hij dat wil een gedrag laat zien, waarop de anderen niet anders dan zo kunnen of willen reageren.

dat hij ervaart dat anderen hem – als hij zijn gevoelens wel laat zien – niet alleen niet uitlachen, maar ook duidelijk aangeven waarom zij zo op hem reageren.

De overgang naar de opleiders – arts-assistent situatie ligt voor de hand.

Voorbeeld: Een opleider vindt dat zijn arts-assistent zo hardleers is. De opleider baalt ervan dat in de nabespreking steeds weer blijkt dat deze arts-assistent telkens dezelfde soort fouten maakt bij bepaalde klachten van patiënten. Hij heeft z'n arts-assistent wel tien keer uitgelegd en verklaard hoe en waarom deze het anders moet doen, maar het helpt niets. In gesprekken hierover zijn zij nooit verder gekomen dan dat de arts-assistent hem uiteindelijk gelijk geeft, maar in feite toch weer anders handelt. Deze opleider is deze situatie behoorlijk zat, maar ziet geen mogelijkheden om hierin verandering te brengen.

Al pratend hierover met de andere groepsleden wordt duidelijk dat deze opleider de neiging heeft om steeds opnieuw te overtuigen en te verklaren. Ook in dit gesprek. Hij kan exact aangeven hoe de zaken in elkaar zitten en wat de ander moet doen om van zijn probleem af te komen. Ook de suggesties die een aantal groepsleden

doen worden al verklarend en relativerend van tafel geveegd. Na verloop van tijd weet niemand meer iets te zeggen en kijkt naar buiten.

Bij verdere uitwerking maakt een aantal groepsleden hem duidelijk dat hij met zijn verklaring en oplossingen enerzijds voorbij gaat aan het probleem van de ander, maar anderzijds de ander ook nog het gevoel geeft dat er eigenlijk niets aan de hand is en dat het probleem van de ander gemakkelijk is op te lossen. Zonder dat deze opleider zich bewust was van dit gedrag, bewerkstelligt hij toch dit soort reacties bij de ander, terwijl dat bovendien zijn bedoeling niet is.

Naar de arts-assistent toe betekent dit dat deze opleider primair zal moeten ingaan op het probleem van zijn arts-assistent, wat deze er moeilijk aan vindt en hoe deze er mee omgaat. Pas als de arts-assistent het gevoel heeft dat zijn problemen serieus worden genomen is het voor hem mogelijk zich op de gedachten en wensen van zijn opleider te richten. Zonder hierop uitvoerig in te gaan, wordt nog een aantal punten genoemd dat in het werken met de huisartsopleiders naar voren komt:

– de ontdekking dat als iemand tegen zijn arts-assistent zegt wat hem niet aanstaat, dat de arts-assistent zich dan veelal helemaal niet gekwetst voelt, maar eerder blij is wat kritiek te horen en te weten hoe zijn opleider over hem denkt;

– het leren zien dat het niet geven van kritiek op de arts-assistent meestal niet voortkomt uit de angst om de ander te kwetsen, maar veeleer uit de angst om zelf „een klap” terug te krijgen;

– ervaren dat als je als opleider positieve en negatieve feedback geeft aan jouw arts-assistent, dit meestal ook betekent dat je dit soort feedback terug kunt verwachten;

– leren ontdekken dat als je je als opleider meer laat leiden door „ik wil dit of dat” dan door „dit moet toch zus of zo” het contact met de arts-assistent veel directer en opener wordt.

– ontdekken dat, als de arts-assistent met een probleem komt, het voor de arts-assistent veel effectiever en leerzamer werkt als de huisartsopleider niet direct een oplossing of advies geeft, maar in plaats hiervan de arts-assistent laat vertellen wat zijn probleem is, hoe hij het zelf ervaart, wat voor hem de moeilijke kanten zijn, hoe hij tot nu toe met dit probleem is

omgegaan en wat hij er eventueel aan zou kunnen respectievelijk willen doen.

Ten slotte volgt nog een aantal opmerkingen van huisartsopleiders over hun eigen beleving en leerervaringen:

– „Ik hoef niet meer zo nodig perfect te zijn; ik ben zelf een stuk rustiger geworden en kan gemakkelijker accepteren dat ik het goed doe zo. Ik kan nu een stuk beter plimpjes accepteren.”

– „Ik sta nu een stuk minder streng tegenover mijn praktijk en mijn arts-assistent. Ik durf mijzelf meer toe te staan en mijn arts-assistent reageert nu ook veel gemakkelijker en meer open op mij.”

– „De nabesprekingen met mijn arts-assistent verlopen een stuk gemakkelijker, nu ik ontdek heb dat de eigenlijke vraagstelling van mijn arts-assistent er vaak heel anders uitziet dan het probleem dat hij aanvankelijk brengt. Overigens geldt dat ook ten aanzien van mijn patiënten.”

– „Ik kon mijzelf zijn en mij geaccepteerd voelen in zo'n groep verschillende mensen. Het deed mij verder goed te horen dat anderen met soortgelijke problemen zaten als ik. Ik vond het een heel belangrijke ervaring in mijn leven.”

– „Ik heb gemerkt dat ik te veel spreek en te veel defensief reageer. Ik zou meer aan vraagverheldering willen doen. Ik bemerk echter dat ik dit nog teveel constateer en te weinig in de praktijk breng.”

– „Ik moet in allerlei groepen steeds vechten en dat hoef ik hier lekker niet. Ik ervaar deze bijeenkomsten als een rustpunt in mijn dagelijkse werk.

Het praten met mijn arts-assistent is een stuk gemakkelijker geworden.”

– „Ik heb het als zeer plezierig ervaren en tevens als verbazingwekkend dat er een band met deze groep is ontstaan. Ik voel mij hier thuis.”

– „Het meest waardevolle van de drie-daagse training was voor mij het gericht zijn op mijn eigen functioneren. Voor mij waren de heengamiddagen daarna een anticlimax. Ik zou het niet erg vinden daar weg te blijven.”

– „Ik heb deze groep beleefd als een basis waarop je kan terugvallen. Iets dergelijks zou ik ook wel in mijn plaatselijke omgeving willen.”

Dit alles overziende geloven wij dat dit heengaplan duidelijk in een behoefte voorziet. Binnen de staf hebben wij dan ook besloten voorlopig in deze vorm door te gaan.